Rok XXXVII. Kraków, 26. Listopada 1898. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

Starożytni lekarze, oprócz obrotu i wydobycia płodu za nóżki, znali dobrze tylko operacye pomniejszające płód. Z tego powodu stósowali bardzo często zmniejszenie pojemności główki, lub kawałkowanie płodu, używając w tym celu najrozmaitszych narzędzi. Dopiero gdy w połowie 16-go stulecia obrót na nóżki został na nowo wprowadzonym i zaleconym, szczególniej przez Ambrożego Paré, a właściwie dopiero po wprowadzeniu kleszczy „manus ferrei" Palfyna w pierwszej połowie 18-go stulecia, liczba operacyj pomniejszających płód została ograniczoną tylko do poszczególnych przypadków.

Pytanie, w jakich warunkach jest dozwolonem wykonanie kraniotomii na płodzie żywym, zajmowało położników już od najdawniejszych czasów, jak o tem świadczą odnośne ustępy z pism Hippokratesa, Celsyusza, Galena, Tertuliana i innych. W naszych czasach prawie ogólnie polecają wykonywać kraniotomię na płodzie nieżywym, jeżeli zabieg ten będzie najłagodniejszym zabiegiem operacyjnym, rozwiązującym matkę; na płodzie zaś żywym zabieg ten jest dozwolonym tylko w przypadkach bezpośrednio grożącego niebezpieczeństwa dla życia matki, a więc w przypadkach, w których płód niepomniejszony żadną miarą przez miednicę nie mógłby przejść, w których zatem, poświęcając życie płodu, ratowalibyśmy matkę, nie zezwalającą na wykonanie cięcia cesarskiego.

Stanowisko kraniotomii na płodzie żywym względem innych zabiegów, jak cięcia cesarskiego i symfyseotomii, ściśle oznaczonem, jak dotąd, nie jest; prawie wszyscy jednak zgadzają się na podstawie licznych prac i zestawień statystycznych wyników operacyjnych, że pomniejszenie główki płodu żywego na razie ma racyę bytu i prawdopodobnie pozostanie zabiegiem, który szczególnie w praktyce prywatnej zastósowanie mieć musi.

W celu rozwiązania rodzącej, przez zniesienie niestosunku porodowego zapomocą zmniejszenia główki płodu, możemy wykonać albo otwarcie jamy czaszkowej i usunięcie z niej treści t. j. mózgu lub płynu w razie wodogłowia, albo też zmiażdżenie kości czaszkowych, skutkiem czego główka może się następnie przez wydłużenie zastósować do wymiarów miednicy. W obu przypadkach, to jest tak po wykonaniu perforacyi, jakoteż i po zmiażdżeniu, możemy się zachować bądź wyczekująco i pozostawić dalszy przebieg porodu siłom przyrody, bądź też czynnie i wykonać następnie wydobycie główki, względnie całego płodu, przez pociąganie. W bardzo rzadkich tylko przypadkach może być korzystniejszą rzeczą dla rodzącej postępowanie wyczekujące; zwykle zmuszeni jesteśmy jednocześnie poród ukończyć i w tym celu przystępujemy zaraz do wydobycia płodu. Przed wykonaniem zmiażdżenia główki płodu, radzą obecnie wykonać naprzód wymóżdżenie, gdyż wtedy pojedyńcze kawałki kości łatwiej się zapadają i przystosowują do rozmiarów miednicy, nie doznając oporu od wewnątrz.

Liczba narzędzi, zalecanych do zmniejszenia pojemności główki płodu, jest bardzo wielka. Używane do perforacyi i trepanacyi narzędzia bywają kształtem zbliżone do grotu, opatrzonego osłoną lub nie, albo do świdra i ręcznej trefiny; następnie mają kształt nożycowaty i to z wygięciem miednicowem, lub bez niego, a wreszcie trepany proste lub zakrzywione. Płód, którego główkę zmniejszono, można wydobyć przez pociąganie, albo jak dawniej zalecano po wykonaniu obrotu za nóżki, albo też przez założenie palca do otworu w czaszce lub do ust płodu, a dalej zapomocą narzędzi jak haki ostre lub półostre, lub też takich, które po wprowadzeniu do jamy czaszkowej ustawiają się poprzecznie; dalej narzędzi, mających kształt pincet lub kleszczy kostnych, a wreszcie zapomocą kleszczy zwykłych położniczych, kranioklastu lub kefalotryptoru. Do zmiażdżenia zaś główki służą rozmaitego kształtu i wymiarów kefalotryptory, których wielka liczba najlepiej wskazuje, że zadaniu swojemu nie zupełnie odpowiadają.

Dla tego celu polecano różne narzędzia więcej lub mniej złożone: tnące, krające lub piłujące, które miały za zadanie oddzielać pojedyncze części lub kawałki kości główki dla zmniejszenia jej objętości. Tu wymienić należy *forceps-scie* Van Huevela, *diatripteur* Didota, *labitom* Ritgena, *segocephalotom* Finizia, *transforateur* Huberta, *diviseur céphalique* Joulina, wewnątrz czaszkowy *kephalothripteur* Guyona, *basilyst* Simpsona itd.

Jednak w praktyce narzędzia te nie przyjęły się, i obecnie szkoła niemiecka po otwarciu jamy czaszkowej, używa do wydobycia płodu kranioklastu według Simpsona-Brauna, lub też w nieco zmienionej formie. Największe zmiany tego narzędzia podali Acconci, Schwarz i Jetgen, który nawet nazwał poprawione narzędzia kraniospastem. Większość autorów, szczególnie szkoły niemieckiej, nie zaleca zmniejszania objętości główki płodu przez zmiażdżenie; przyznają jednak, że w pewnych przypadkach postępowanie takie może być wskazane i w tym celu używają kefalotryptorów Breiskyego, Barnesa lub Buscha.

Jak w poszczególnych przypadkach należy postępować, zależy to od stopnia niestosunku porodowego. Fehling, mówiąc o wskazaniach, sądzi, że wobec wymiaru prostego miednicy, wynoszącego $8^1/_2$ ctm. lub więcej, wystarczy zawsze kranioklast do wydobycia płodu; kefalotryptoru zaś radzi użyć tylko w przypadkach, w których wymiar prosty miednicy wynosi mniej niż $8^1/_2$ do 6-ciu ctm., jeżeli pociąganie kranioklastem nie prowadzi do celu. Wobec znaczniejszego stopnia ścieśnienia miednicy, przeprowadzenie płodu donoszonego, nawet pomniejszonego, przez miednicę nie da się wykonać; wówczas należy przystąpić do cięcia cesarskiego, mając ku temu wskazanie bezwzględne. Jako granicę zaś ścieśnienia miednicy, przy którem nie należy już wykonywać pomniejszenia płodu, podają przeciętnie wymiar prosty miednicy = 6 ctm. Niektórzy jednak autorowie wykonywali kraniotomię i wobec znacznie więcej ścieśnionych miednic, których wymiar prosty wynosił $4^1/_2$ ctm., a nawet mniej. Jeżeli niestosunek porodowy nie jest bardzo znaczny, to zmniejszenie objętości główki i wydobycie płodu nie przedstawiu wielkich trudności; jeżeli jednak niestosunek pomiędzy główką płodu a wymiarami miednicy matki jest bardzo wielki, to w takim razie zabieg może być bardzo trudnym i mozolnym, a nawet często nie prowadzi do celu. —

Ponieważ w przypadkach znacznego niestosunku porodowego główka znajduje się ruchoma nad wchodem miednicy, przeto założenie narzędzia, które ma służyć do zgniatania główki i należyte ujęcie jest bardzo trudne, nawet po ustaleniu główki przez powłoki brzuszne. Najczęściej zostanie uchwyconą a następnie zgnieciona tylko górna część główki, podczas gdy podstawa czaszki, stanowiąca zwykle po wymóżdżeniu największą przeszkodę, pozostaje nietkniętą. Z tego powodu podał Pajot w r. 1863 *cephalotripsie répétée sans tractions*, które to postępowanie polega na tem, że po założeniu kefalotryptora i zgnieceniu główki, okręca się główkę na około osi podłużnej o ćwierć obrotu, następnie zakłada narzędzie w innym wymiarze główki i zgniata. Po kilkakrotnem powtórzeniu tej czynności radzi Pajot zaczekać dwie lub trzy godziny, dokąd się główka nie obniży, a następnie zakładać wyżej na główkę kefalotryptor i zgniatać dalsze części główki, wśród czego stara się zmniejszyć podstawę czaszki. Postępowanie to, jakkolwiek niezmiernie przykre i męczące dla rodzącej, stanowiło niezaprzeczony postęp. W roku 1883 podał Tarnier, w celu ułatwienia zgniecenia podstawy czaszki, nowy przyrząd, złożony z 3-ch części: środkowej służącej do perforacyi i dwu bocznych łyżek nie równej długości, które służyć mają do zgniecenia główki i nazwał go basiotrybem. Narzędzie to w porównaniu z dotychczas używanemi, okazało się dość dobrem, a Varnier przytacza nawet przypadek ścieśnienia miednicy w wymiarze prostym = 5·5 ctm., w którym z pomyślnym wynikiem zostało użyte.

Przy stosowaniu kranioklastu i kefalotrybu łatwo przekonać się można, że narzędzia te działają zupełnie odmiennie; gdy kranioklast, na co się wszyscy zgadzają, jest doskonałem narzędziem do wydobycia, a niezdatnem do zmniejszenia objętości główki płodu, to na odwrót, kefalotryb jest dobrym do zmiażdżenia główki, ale nie do pociągania, gdyż bardzo łatwo się ześlizguje. Połączenie zatem obu tych narzędzi razem w jedno, powinno zadość czynić obu wymaganiom. Z tego założenia wychodząc, podał Auvard w roku 1890 *l'embryotome céphalique, combiné* narzędzie złożone podobnie jak basiotryb z trzech części. Część środkowa może służyć zarazem do perforacyi i wprowadzoną być musi najpierw, jako część męzka, do jamy czaszkowej, a po wyszukaniu ma się wśrubować w otwór wielki czaszki (foramen magnum) i w ten sposób główkę ustalić. Następnie założyć należy jedną część boczną, która przedstawia łyżkę żeńską kranioklastu, a zarazem łyżkę kefalotrybu. Dopiero po zamknięciu tych dwu części i ustaleniu należycie w ten sposób główki, należy zakładać trzecią część narzędzia, która przedstawia drugą łyżkę kefalotrybu. Połączenia wszystkich tych części znacznie zmienił Zweifel w r. 1897 i w ten sposób powstało narzędzie, za pomocą którego można zmniejszyć główkę i zarazem wydobyć płód, a którego największą zaletą jest uchwycenie i ustalenie główki od początku zabiegu. Boczne części narzędzia tego dają się założyć wysoko na główce, obejmując zarazem podstawę; przy zgniataniu zaś główki, łyżki nie ześlizgują się w kierunku poziomym, a przy pociąganiu — w kierunku pionowym.

Rokowanie w przypadkach zmniejszenia pojemności główki i wydobycia płodu zależy od stopnia niestosunku porodowego, od przebiegu porodu, od zabiegów, których próbowano przed przystąpieniem do zmniejszenia pojemności główki, a wreszcie od rodzaju zabiegów wykonanych w celu wymóżdżenia i wydobycia płodu. Przy główce ruchomej, wysoko nad wchodem ustawionej, już samo otwarcie jamy czaszkowej może sprawiać znaczne trudności. Po pierwsze, narzędzie łatwo się może ześlizgiwać, lub też główka usuwać; to też znanym jest np. przypadek, w którym wykonano trepanacyę kości krzyżowej matki zamiast główki płodu; a po drugie otwór w czaszce, skutkiem znacznej ruchomości główki, może się łatwo z pola operacyjnego usunąć, zwłaszcza przy mało rozwartem ujściu zewnętrznem macicy i w takich przypadkach potrzeba niekiedy zrobić następnie drugi, a nawet i trzeci otwór.

Najczęstsze jednak i najniebezpieczniejsze są dla rodzącej zranienia i odgniecenia części miękkich, a więc szyjki macicy i pochwy, już to wśród niezręcznie wykonywanego otwarcia czaszki, już też przy pociąganiu i wydobywaniu płodu. Przy pociąganiu za pomocą kranioklastu zranienia powstać mogą skutkiem wyrywania się narzędzia wraz z odłamkiem kości, który wtedy rani, niemniej przy wydobywaniu główki powstać mogą obrażenia przez ostre wystające odłamki kości, które przebiły części miękkie główki. Jeżeli zaś drogi porodowe nie są dostatecznie przygotowane, natenczas przy silnem i zbyt szybkiem pociąganiu główki, części miękkie, nader gwałtownie rozciągane, mogą uledz rozdarciu. Używając zaś kefalotrybu, mogą, oprócz zranień przez wystające odłamki kości, powstać nawet bardzo znaczne obrażenia i rozdarcia wskutek ześlizgiwania się narzędzia. Przy bardzo silnem i gwałtownem pociąganiu może wreszcie nastąpić niekiedy rozstęp, a właściwie rozerwanie spojenia kości łonowych, lub spojeń krzyżowo-biodrowych.

Oprócz tego kefalotryby posiadają jeszcze tę wadę, że łyżki, obejmujące główkę, zabierają stosunkowo wiele miejsca; nawet po poprzednio wykonanej perforacyi i wymóżdzeniu, wprawdzie główka zmniejsza się w wymiarze uchwy-

conym przez łyżki nawet o 4—4$^1/_2$ ctm., ale natomiast inne wymiary główki się powiększają tak, że przy przechodzeniu przez miednicę, główka niema swobody wykonywania zwrotów i dobrego przystosowania się do wymiarów miednicy.

Liczne, z tych powodów powstałe zranienia i obrażenia musimy uważać bezsprzecznie za miejsca sposobne do wtargnięcia drobnoustrojów, tem więcej zaś obawiać się możemy tego w przypadkach płód pomniejszających, w których najczęściej nie jedną już poprzód próbę rozwiązania matki bezskutecznie wykonano i w których, skutkiem długo przeciągającego się porodu, występuje niekiedy nawet obumarcie tkanek, z powodu odgniecenia przez część poprzedzającą płodu. Cząstki tych oddzielających się tkanek, oraz wydzielinę, możemy przenieść wśród zabiegu wyżej, a w ten sposób przyczynić się do zakażenia. To też śmiertelność po operacyach pomniejszających główkę i wydobyciu płodu była do niedawna bardzo wielką, gdyż wynosiła według różnych autorów od 12·5%—38·5%. Obecnie, według wyników z różnych zakładów, które zestawił Caruso, wypada przeciętnie śmiertelność po kraniotomii 6·6%, podczas gdy według zestawienia tego samego autora, śmiertelność po cięciu cesarskiem wynosi 10·6%. Zestawienie to jednak ma tylko wartość względną; jeżeli bowiem, tak jak obecnie postępujemy, pomniejszenia główki płodu nie będziemy uważać za zabieg, który tylko w ostateczności należy wykonywać, lecz wobec płodu nieżywego wykona się go wcześnie, a wobec płodu żywego nie zapóźno ze względu na matkę, to w takim razie wyniki będą jeszcze lepsze. Według zestawienia bowiem, odnoszącego się do czasów najnowszych, a przytaczanego w podręczniku Schauty, śmiertelność po pomniejszeniu główki płodu, po potrąceniu przypadków, które nie mogą być policzone na karb tego zabiegu, wynosiła na klinice Kezmarskyego = 21%, K. Brauna = 1·96%, a Leopolda = 1·6%.

Jak z jednej strony starano się przez wydoskonalenie narzędzi, służących do zmniejszenia pojemności główki i wydobycia płodu, umożebnić przeprowadzenie płodu nawet wobec bardzo znacznego niestosunku porodowego drogami naturalnemi, tak z drugiej strony nie brak usiłowań, aby przez odpowiednie postępowanie ułatwić w pewnych przypadkach zabieg, a przedewszystkiem uchronić części miękkie rodzącej przed możliwemi obrażeniami.

Tu musimy zaliczyć w pierwszym rzędzie używanie wzierników.

Według historycznych poszukiwań Haussmanna o „speculum matricis“, już w dziełach Tertuliana, żyjącego około r. 220 po Nar. Chr., znajdujemy opis narzędzia, za pomocą którego przed przystąpieniem do wydobycia płodu rozszerzano przewód rodny. Następnie w dziele swojem o chirurgii radzi Guy de Chauliac (około roku 1498) wyraźnie wprowadzać przy ciężkich porodach wziernik, nie tyle dla ułatwienia rozpoznania, jak raczej dla rozszerzenia części rodnych, a to w celu lepszego dostępu do części poprzedzającej płodu.

Również Valescus (około r. 1502), Petrus della Cerlata, Savonarola, Jacobus Rueff (około r. 1587) i Vidi Vidius (około r. 1626) wspominają i zalecają w swoich dziełach używanie wzierników dla ułatwienia wydobycia płodów. Dopiero od czasów, gdy ilość operacyj płód pomniejszających została ograniczoną na korzyść obrotu na nóżki, a następnie kleszczy, liczba zwolenników używania wzierników w położnictwie maleje, a natomiast różni autorowie, jak Cornelius Solingen (około r. 1693) i Siegemundin (około r. 1723), przestrzegają nawet wyraźnie w swoich dziełach przed używaniem wzierników, uważając je nietylko za zbyteczne przy wykonywaniu operacyj położniczych, ale nawet za szkodliwe.

W nowszych czasach ogólnie nie zalecają wzierników przy wykonywaniu operacyj położniczych.

Dopiero Skene w r. 1877, na Zjeździe ginekologów amerykańskich, zalecił w ogólnych zarysach używanie wzierników Simsa, w ułożeniu rodzących na bok lewy, przy wykonywaniu różnych operacyj położniczych. W ten sposób wykonał on otwarcie jamy czaszki, zmiażdżenie główki płodu, wprowadzenie łyżek kleszczy, amputował wypadniętą rączkę w stawie barkowym, przeprowadził pętlę przez pachwiny w położeniu miednicowem płodu, wprowadzał rozszerzadła Barnesa do macicy itd. Wreszcie użył wziernika przy odprowadzeniu wypadniętej pępowiny w ułożeniu kolankowołokciowem rodzącej, za pomocą narzędzia, służącego do trzymania gąbek i w ten sam sposób radził postępować przy odprowadzaniu wypadniętej rączki.

Następnie Horwitz, opisując w r. 1879 przypadek kraniotomii na główce ruchomej i przy ujściu zewnętrznem rozwartem na dwa palce, w którym dla ułatwienia perforacyi użył dużego wziernika Fergussona, zwrócił uwagę na korzyści z operowania w pewnych przypadkach pod kontrolą wzroku. Inaczej zapatruje się Fischer, który wspominając, że na klinice Sławiańskiego użyto 4 razy wziernika łyżkowego przy perforacyi, dodaje, że nieodzownem jest przy tem, aby główka była ustawioną w próżni, a nie we wchodzie miednicy. W r. 1886 zalecił dalej Phänomenoff wykonywanie otwarcia jamy czaszkowej we wzierniku, przy czem, jeżeli główka jest ruchoma, radzi ustalić ją zapomocą dwu kulociągów, założonych na części miękkie. Wreszcie Kehrer, mówiąc o operacyach położniczych, wspomina, że przy wykonywaniu embryotomii można użyć wzierników Simona. Wychodząc z założenia, aby przy wykonywaniu operacyj pomniejszających płód, ograniczyć możliwość przenoszenia wydzieliny z niższych do wyżej położonych części dróg porodowych, to jest z pochwy do macicy, używam przy wykonywaniu tych zabiegów od dłuższego czasu również wzierników łyżkowych, którą to rzecz przed półtora rokiem drukiem ogłosiłem.

Przy tem postępowaniu operator nie potrzebuje wcale wprowadzać rąk do macicy, lecz operuje narzędziami wyłącznie na części poprzedzającej płodu, dostępnej dla wzroku. W końcu, aby wydzieliny z pochwy nie przenieść do jamy macicy, polecił również następnie Burckhardt użycie szerokich wzierników łyżkowych, osłaniających części płciowe zewnętrzne i ściany pochwy, przy wydobywaniu ręcznem popłodu.

W celu ułatwienia wydobycia główki polecano dalej usuwanie pojedynczych kości, lub też tylko kawałków kości, dla znaczniejszego pomniejszenia główki, czy to zapomocą osobnych narzędzi (Boer, Mesnard-Stein), czy też jak radzi Barnes zapomocą swego *craniotomy-forceps*. Również Fritsch radzi w przypadkach cięższych, gdy wymiar prosty miednicy wynosi około 5—7 ctm., usunąć po otwarciu jamy czaszkowej najpierw kości boczne czaszki zapomocą

pincety Boera, a następnie dopiero założyć kranioklast na twarz płodu i starać się przez miednicę przeprowadzić podstawę czaszki w ustawieniu pionowem. Przy bardzo znacznym niestosunku porodowym, w którym pociąganie zapomocą kranioklastu nie prowadzi do celu, polecił Lazarewitsch w r. 1884 na międzynarodowym Zjeździe w Kopenhadze nowe dwa narzędzia do pomniejszenia główki. Jedno tępe, służące do ujęcia kości, drugie ostre, podobne do nożyc używanych w chirurgii przy opatrunkach gipsowych, które się zamykało i otwierało przez przyśrubowanie lub odśrubowanie mutry. Za pomocą tych narzędzi radził następnie wycinać kawałki kości i usuwać je bez użycia kranioklastu. Również Bayer na Zjeździe lekarzy niemieckich w r. 1885, pokazując między innemi narzędziami szczypczyki kostne wązkie, których używa przy kraniotomii, zaznaczył, że kranioklastu nie używa więcej, lecz szczypczykami oddziela po kawałku kości główki i pojedynczo je wydobywa. Według podania Bayera operacya w ten sposób wykonywana może trwać nawet dwie godziny, lecz w ten sposób uniknąć można znaczniejszych obrażeń szyjki macicznej. O użyciu wzierników jednak Lazarewitsch i Bayer nie wspominają; operowali zatem prawdopodobnie na ciemno, kierując i posługując się tylko dotykiem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Zakrzep zatoki poprzecznej pochodzenia usznego, wyleczony drogą operacyjną.

Podał

Dr. Stefan Schoengut.

Literatura operowanych przypadków zakrzepu zatoki poprzecznej pochodzenia usznego urosła w ostatnich czasach do dość znacznych rozmiarów. Pomimo tego, postanowiłem zachęcony przez prof. Trzebickyego, ze względu na szybkie powstanie zakrzepu w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, jako też i na wczesne rozpoznanie, oraz pewne wątpliwości dyagnostyczne, wreszcie ze względu na znaczenie badania dna oka, opisać własny przypadek, a to:

D. 17-go lutego 1898 r. zgłosiła się do mnie panna A. S., lat 15 licząca, skarżąc się, że od dłuższego czasu cierpi na często powracający dotkliwy ból w prawem uchu. Badanie wykazało: pacyentka dobrze zbudowana, dobrze odżywiona, okazuje jednak pewnego stopnia niedokrewność i słabe objawy zołzów. Narządy wewnętrzne prawidłowe; niegorączkuje. Błona bebenkowa prawa okazuje przekrwienie średniego stopnia, szczególnie w okolicy krótkiego wyrostka młoteczka, nie wypuklona, nie zgrubiała, miejscami tylko zmętniała. Słuch po stronie prawej dość znacznie upośledzony. Próba Rinnego wypada ujemnie. Stroik, przyłożony na szczyt głowy, słyszy pacyentka lepiej po stronie prawej. Wyrostek sutkowy pod naciskiem nie bolesny. Błona bębenkowa lewa, prócz lekkiego zmętnienia, nie okazuje zboczeń. Słuch nieznacznie upośledzony. Badanie nosa i jamy nosowo-gardłowej wykazuje istnienie podostrego nieżytu z obrzękiem błony śluzowej średniego stopnia. Zaleciwszy pacyentce ostrożność przy siąkaniu nosa i w razie powtarzania się bólu lek narkotyczny do ucha, wyraziłem życzenie zobaczenia jej powtórnego za dwa dni. D. 19-go lutego, wezwany do pacyentki, zastałem stan następujący: gwałtowne bóle w prawem uchu, błona bębenkowa prawa silnie przekrwiona, w tylnym odcinku nieco wypuklona. Ucisk na wyrostek sutkowy nieco bolesny. Ciepłota ciała 37,8° C, tętno 88, regularne.

20/II. bóle utrzymują się, tylny odcinek prawej błony bębenkowej mocniej wypuklony. Chora skarży się na bóle w uchu lewem; błona bębenkowa lewa okazuje średniego stopnia przekrwienie. Ciepłota ciała 38° C, tętno 90.

21 i 22 lutego stan tensam. Bóle silne utrzymują się po obydwu stronach, rozpromieniając się po potylicy. Zalecono lodowe okłady na wyrostek sutkowy po obu stronach. 23/II. wieczorem wystąpił silny dreszcz, poczem gorączka, wynosząca 39,6° C., utrzymywała się aż do północy, a następnie dość szybko opadła do 37,5° C. Podczas gorączki były silne bóle głowy.

24/II. stan przedstawia się jak następuje: błona bębenkowa prawa w tylnym odcinku silnie wypuklona, blado-żółto przeświecająca; lewa mniej wypuklona, przyczem jednak również tylny odcinek żółtawo prześwieca. Wykonałem po prawej stronie przecięcie błony bębenkowej. Po upływie 5 godzin zaczęła odpływać skąpa ilość wydzieliny gęstej, lepkiej. Ciepłota ciała w ciągu dnia waha się między 37,5° a 38° C.

25/II. przecięto z powodu wybitnych objawów wypociny ropnej w lewej jamie bębenkowej błoną bębenkową lewą. Ciepłota ciała rano 37,6° C; popołudniu silny dreszcz z ciepłotą 39,4° C, która utrzymuje się przez kilka godzin. Ciepłota wieczorna 37,4° C. Podczas gorączki silny ból głowy, szczególniej w okolicy potylicy.

26/II. przed południem dreszcz z ciepłotą 39,7° C, tętno 110, w południe 37,3° C, pod wieczór znów dreszcz i 39,5° C.

27/II z powodu zatrzymania się wydzieliny, wykonano po raz drugi przecięcie błony bębenkowej lewej. Po stronie prawej odchodzi skąpo wydzielina gęsta, lepka. Ciepłota ciała waha się między 37° a 37,5° C., z wyjątkiem kilku godzin około południa, kiedy, po silnym dreszczu, dochodzi do 39,6° C. Tętno 112, regularne. Badanie narządów wewnętrznych nie okazuje zboczeń. W moczu nie ma składników nieprawidłowych. Bóle po obydwu stronach równie silne, przytem ból całej głowy, szczególnie jednak potylicy. Kark i szyja przy ucisku bolesne, szczególnie wzdłuż żyły szyjnej. Chora skarży się na utrudnione otwieranie ust i ból przy połykaniu. W gardle przedmiotowo nic nie da się wykazać. Wobec ropniczego toru ciepłoty uzasadniona była obawa poważniejszych powikłań śródczaszkowych. Rozstrzygnięcie jednak, czy zapalenie ropne ucha środkowego, które wywołało to powikłanie, było po stronie prawej czy lewej, przedstawiało znaczne trudności. W każdym razie opisane objawy budziły poważne podejrzenie, że mieliśmy do czynienia z zakrzepem w zatoce żylnej poprzecznej. Wspólnie z wezwanym na naradę prf. Trzebickym postanowiliśmy zasięgnąć zdania okulisty, co do stanu dna oka. Jakoż w ten sam dzień wykonane badanie narządu wzrokowego dało wynik następujący: żyły siatkówkowe po stronie prawej grubsze, mocniej wypełnione, niż po lewej. Tarcza nerwu wzrokowego również po prawej stronie więcej różowa, niż po lewej. Zresztą w narządzie wzrokowym niema zboczeń; narząd mięśniowy prawidłowy. Chociaż wynik badania oczu nie dał nam ścisłych wskazówek rozpoznawczych, to jednak skłaniał nas do operowania po prawej stronie. Równocześnie mogliśmy spostrzedz objawy, świadczące o prawdopodobnem zajęciu żyły szyjnej (vena jugularis) prawej, która będąc nieco twardszą, na kształt postronka dawała się wyczuć aż ku obojczykowi.

28/II. rano wykonał prof. Trzebicky operacyę: w uśpieniu oddłutowano wyrostek sutkowy aż do „antrum“. Corticalis znaleziono twardą, przekrwioną, komórki wyrostka sutkowego zawierają powietrze i w małej ilości tylko wypełnione ziarniną; miejscami kość trochę rozmiękła. Po oddłutowaniu kości ku tyłowi i trochę na wewnątrz odsłonięto zatokę poprzeczną na przestrzeni korony. Zatoka nieco zapadła, nie tętniąca; ściana zatoki niebieskawo zabarwiona, przyćmiona. Dużem, poprzecznem cięciem otworzono zatokę; z otworu wydobywa się zaledwie kilka kropel ciemno-czerwonej krwi. Przy ostrożnem badaniu zgłębnikiem przekonaliśmy się, że powyżej i poniżej zatoka zajętą jest zakrzepem. Wsunąwszy wolno pasek gazy jodoformowej do zatoki, (drugi do jamy antrum), założono zwykły opatrunek. Stan chorej po operacyi dobry. Ciepłota wieczorna 38° C; dreszczu nie było.

D. 1-go marca zmiana opatrunku; ciepłota rano 37,2°, wieczór 37,8° C. Do 7-go marca ciepłota waha się między 37° a 37,8° C; ani razu nie było dreszczu. Od 8 go marca ciepłota ciała prawidłowa, stan ogólny z każdym dniem się poprawia. Równocześnie ropotok po stronie lewej ustał, jak również bóle. D. 1-go kwietnia rana za uchem prawem zgoiła się. Badanie dna oka wykazuje stosunki prawidłowe, tylko żyły po prawej stronie w porównaniu nieco jeszcze szersze; obie tarcze nie przedstawiają, co do barwy, żadnej różnicy. Chora badana po trzech tygodniach, wykazuje: za uchem prawem blizna wciągnięta liniowa, błona bębenkowa zmętniała, zresztą prawidłowa, nie przedziurawiona; po stronie lewej lekkie zmętnienie błony, także nie prze-

dziurawionej. Słuch po obydwu stronach w przybliżeniu prawidłowy Stan ogólny zupełnie dobry. —

Przypadek nasz z kilku względów jest pouczający. Przedewszystkiem rozpoznanie nie było łatwem dlatego, że chociaż tor gorączki był ropniczy, to jednak można było także myśleć o zatrzymywaniu się wydzieliny ropnej w jamach, należących do ucha środkowego, w *antrum* i komórkach sutkowych, i ztąd pochodzącem wessaniu ropy. Gdy wykonane nacięcie błony bębenkowej po stronie prawej raz, a po lewej dwa razy, nie zapobiegło powtarzaniu się dreszczów z wysoką ciepłotą, pomimo że ułatwiło odpływ lepkiej i bardzo ciągnącej się wydzieliny, musiało się coraz bardziej utwierdzać podejrzenie o poważniejsze powikłanie śródczaszkowe. Objawy zapalenia ucha środkowego były po obu stronach mniej więcej jednakie; raz po prawej, to znowu po lewej bywały większe bóle, a po obu stronach ucisk jednakowo dotkliwy. Różnica polegała tylko na tem, że sprawa po stronie prawej była nieco wcześniejszą i że żyła szyjna (jugularis) po stronie prawej robiła wrażenie zwiększonego oporu. Gdy stan chorej coraz większe budził obawy i zabieg operacyjny wydawał nam się koniecznym, szło przedewszystkiem o to, po której stronie wykonać operacyę. Pod tym względem wątpliwości nasze znacznie zostały rozprószone przez wynik badania dna oka Albowiem, jak z jednej strony pouczył on nas, że niebezpieczeństwo grozi ze strony ucha prawego, tak z drugiej zniewolił nas do szybkiego działania, gdyż wystąpienie zmian w dnie oka, chociażby tylko nieznacznych, wśród przebiegu zapalenia ropnego ucha środkowego, uważanem bywa jako ostateczna do operacyi wskazówka („letzter Mahnruf“ Ostmann[1]). Co do znaczenia objawów ocznych dla różniczkowego rozpoznania, zdania po dziśdzień nie są zupełnie zgodne. I tak np. Jansen[2]) uważa proste przekrwienie z rozszerzeniem i pokręceniem naczyń siatkówkowych za objaw niepewny, ponieważ już wśród fizyologicznej szerokości naczyń i ich napełnienia znachodzą się znaczne wahania. Tosamo dotyczy, według niego, i barwy tarczy, której odcienia wśród granic fizyologicznych mogą być różne. Natomiast zapalenie nerwu wzrokowego, (neuritis optica) i tarcza zastoinowa wśród ropnego zapalenia ucha środkowego wskazują zawsze na poważne powikłania środczaszkowe. Zaufal[3]) idzie nawet tak daleko, że tarczę zastoinową uważa za objaw stale towarzyszący zapaleniu opon mózgowych. jak również zakrzepowi zatok W braku ich uważa otwarcie kości za zbyteczne. Knies[4]) widzi w zapaleniu nerwu wzrokowego nader ważny objaw przy rozpoznaniu zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego; tarczę zastoinową uważa za charakterystyczną dla ropnia mózgu, podczas gdy Körner[5]) właśnie przy ropniu bardzo często spostrzegał zapalenie n. wzrokowego. Wogóle jednak, bez względu na sposób tłomaczenia zmian w dnie oka wśród przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, wszyscy się zgadzają na to, że wystąpienie ich jest ważną wskazówką do szybkiego działania.

W naszym przypadku objawy, aczkolwiek świadczące tylko o przekrwieniu dna oka prawego, jednak wobec braku innych wskazówek rozpoznawczych i wobec groźnego stanu ogólnego, miały dla nas moc rozstrzygającą i słusznie, jak się wśród operacyi pokazało. Większa oporność żyły szyjnej prawej przy dotyku, chociaż nam również wskazywała na prawe ucho i budziła podejrzenie *Thrombophlebitis*, to jednak nie była ona tak wybitną, aby na tym jednym objawie można było polegać, tembardziej, że i po lewej stronie okolica szyi i brzeg przedni mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego były również bolesne.

Przystępując do operacyi, mieliśmy na razie zamiar oddłutować wyrostek sutkowy i gdybyśmy byli w nim znaleźli dostateczną przyczynę dla objawów ogólnych, jak np. ropień w kości, bylibyśmy może na razie na usunięciu tegoż poprzestali, wyczekując, jaki skutek odniesie ten zabieg. Tymczasem wyżej opisany stan, jaki znaleźliśmy w wyrostku sutkowym i w »antrum« nie tłómaczył dostatecznie dreszczów i gorączki i z tego powodu musieliśmy odsłonić zatokę poprzeczną. Uczyniwszy to i przekonawszy się po przecięciu, że w zatoce poprzecznej jest zakrzep, wsunęliśmy lekko pasek gazy jodoformowej z tym zamiarem, że gdyby dreszcze z nadmierną ciepłotą miały się jeszcze powtarzać, przystąpimy do podwiązania, względnie wycięcia żyły szyjnej. Wynik operacyi wykazał, że było to w dalszym ciągu zbytecznem. Czy w ogóle i o ile podwiązanie żyły szyjnej ma racyę bytu, o tem zdania są jeszcze podzielone. Jeżeli mamy już do czynienia z *Thrombophlebitis* żyły szyjnej, gdzie przychodzi do szybkiego rozpływania się mas zakrzepowych, tam o wykluczeniu całego ogniska przez podwiązanie, względnie wycięcie, i tak mowy być nie może. Z drugiej strony możnaby twierdzić, że przez wykluczenie pewnej lub większej części obszaru zakrzepem ropniczym zajętego, wessie ustrój o tyle mniejszą ilość drobnoustrojów ropotwórczych, i że przez to skuteczniej opór stawić zdoła. Wielu nowszych autorów przemawia gorąco za podwiązaniem żyły szyjnej w takich przypadkach, a Dahlgren[1]) podwiązuje nawet żyłę szyjną **przed** przecięciem i wypróżnieniem zatoki poprzecznej, bezpośrednio po otwarciu wyrostka sutkowego, a zatem właściwie w każdym przypadku, gdzie są objawy zakrzepu w zatoce, bo czyni on to, zanim się przekonać może, jak daleko zakrzep w zatoce sięga i czy już jest w stanie rozpływania się. W naszym przypadku zakrzep w zatoce nie uległ był jeszcze rozpadowi, i dlatego nie staraliśmy się wcale wydobyć go, tembardziej, że i przy łyżeczkowaniu i wypłókiwaniu zatoki zaleca Jansen[2]) wielką ostrożność z powodu możliwego zatoru. Rozstrzygnięcie, jak daleko operator w kierunku zatoki i żyły szyjnej iść powinien, jest nieraz bardzo trudne. Schwartze[3]) wyraża się o tej sprawie w następujący sposób: „Należy dobrze rozważyć, że także bez podwiązania więcej niż połowa przypadków ropnicy, pochodzącej z zapalenia ucha, wyzdrowiała przez otwarcie »antrum« z wypróżnieniem i bez wypróżnienia rozpadłego zakrzepu w zatoce i że podwiązanie żyły szyjnej nie daje żadną miarą pewności wykluczenia ogniska chorobowego, bo dość często stwierdzono, że tworzenie się zakrzepów nie ogranicza się do zatoki poprzecznej, ale że równocześnie i w innych zatokach znajdują się posokowate zakrzepy, albo też, że rozpadły zakrzep w zatoce poprzecznej sięga już do

[1]) Ueber Beziehungen zwischen Auge u. Ohr. Graefes Archiv f. Ophthalm. Bd. 43.
[2]) Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen, Arch.f. Ohrenheilk. Bd. 35. i 36
[3]) Prager Medicin. Wochenschrift 1881 Nr. 45.
[4]) Beziehungen des Sehorgans u. s. w. p. 140. Wiesbaden 1893.
[5]) Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. 29 p. 20.

[1]) Archiv. f. klin. Chirurg. 52 Band, p. 608.
[2]) Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. 36. p. 31.
[3]) Handbuch der Ohrenheilkunde Bd. II. p. 847.

zatoki poprzecznej drugiej strony, ciągnąc się przez tłocznię Herofila (Torcular Herophili,) przez co dostanie się zakrzepu do żyły po drugiej stronie jest możliwem. Jeżeli więc pewien przypadek przebiega korzystnie po podwiązaniu żyły szyjnej, to z tego jeszcze nie można wnioskować, że ono było czynnikiem, ratującym życie, ale rozstrzygającym dla poszczególnego przypadku będzie, obok zupełnego usunięcia ogniska w kości, stosunek rozszerzenia się zakrzepu, często przed operacyą wcale nie dający się oznaczyć, jako też stan sił chorego, i czy tenże zdoła się uporać z drobnoustrojami ropotwórczymi.“ Na podobnem stanowisku stoi także Hessler [1]), autor najbardziej wyczerpującej pracy o ropnicy pochodzenia usznego. Prawie na pewne można powiedzieć, że nader korzystny wynik w naszym przypadku zawdzięczaliśmy przedewszystkiem tej okoliczności, że operacya tak wcześnie została wykonana, to znaczy w czasie, kiedy jeszcze żadnych objawów przerzutowych nie było. Przytem zdaje mi się, że gdyby się było nie operowało, to wcześniej czy później pojawiłyby się przerzuty, jako wyraz typowej ropnicy. Sądzę zatem, że przy najmniejszem podejrzeniu o głębsze powikłania, szczególnie przy gorączce o torze ropniczym i jeżeli przytem odpływ wydzieliny nie jest utrudniony, jaknajwcześniej uciec się trzeba do zabiegu chirurgicznego. Ryzyko wobec antyseptyki, przy należycie wykonanej operacyi, jest prawie żadne, a różnica, czy operacyę wykonujemy, zanim jeszcze sprawa tak się uogólniła, ażeby już wywołać mogła przerzuty, czy też dopiero wtedy, gdy ropienia przerzutowe nie pozostawiają żadnej co do rozpoznania wątpliwości, jest co do widoków pomyślnych tak wielką, że stanowczo za jaknajwcześniejszą operacyą oświadczyć się należy.

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastosowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

(Dokończenie).

Badanie preparatów krwi ustalonej.

Badanie krwi sposobem wyżej opisanym nie wystarcza jeszcze częstokroć do poznania nawet najważniejszych zmian, znajdujących się we krwi. Musimy uciec się do dalszych sposobów badania krwi, a mianowicie barwić krew ustaloną i to najlepiej metodą Ehrlicha. W celu ustalenia krwi na szkiełkach posługujemy się albo zasuszaniem jej, lub też ustaleniem w wyskoku i eterze. W tym celu preparaty, powleczone jednostajnie i nie grubo krwią, (patrz wyżej), dajemy do puszki miedzianej, w której ciepłotę podnosimy do 120°. Po oziębieniu krew możemy już barwić. Również dobrze ustala się krew w równych częściach rozczynu bezwodnego wyskoku i eteru, do którego preparaty krwi wkładamy na $1/2$ godziny. Po upływie tego czasu preparaty wyjmujemy, osuszamy na powietrzu i barwimy odpowiednim do naszych celów barwikiem; najlepiej nadaje się płyn Ehrlicha. Barwienie płynem Ehrlicha w 1-ej minucie jest skończone; zmywanie odbywa się przy pomocy wody przekroplonej, a po osuszeniu dajemy preparaty do balsamu kanadyjskiego i oglądamy przy pomocy imersyi. Równie dobre usługi, jak płyn Ehrlicha, oddaje barwik polecony przez Plehna, który dla praktycznego lekarza jest o tyle dogodniejszym, że nadaje się bardzo do barwień pasorzytów zimnicy i bakteryj we krwi. Pamiętać jednak należy, że barwik Plehna należy przed użyciem przesączyć, gdyż bardzo łatwo tworzą się w nim straty, które łatwo pomylić mogą. Barwik Plehna składa się:

Zgęszczony rozczyn wodny błękitu metylowego (methylen blau) . . . . 60 ctm.³
$1/2$% rozczyn eozyny w 75% wyskoku . . . 20 ctm.³
wody przekroplonej . . . . 40 ctm.³
20% ługu potasowego . . . . 12 kropl.

Preparaty krwi zasuszonej wkłada się do tego rozczynu na 2–5 minut, spłókuje się wodą i przygotowuje do drobnowidu. Rozczyny świeże barwią szybciej, starsze wymagają nieco dłuższego czasu. Barwikiem Plehna ciałka czerwone barwią się na czerwono, jądra i granulacye komórek dużych (Mastzellen) — na niebiesko, plasmodya — jasno niebiesko, granulacye eozynochłonne — nadzwyczaj wybitnie czerwono.

Obserwując w jeden lub drugi sposób zabarwione, udane preparaty krwi pod drobnowidem, widzimy, że kształty ciałek czerwonych jeszcze wybitniej występują, niż w preparatach krwi świeżej. I tak spotykamy bardzo wyraźnie owe postacie degeneracyi ciałek krwi, ciałka czerwone o nierównej wielkości. Obok nadzwyczaj dużych ciałek czerwonych krwi, których znaczną ilość spotykamy w niedokrewności Biermera, widzimy wyraźnie ciałka czerwone małe (mikrocyty). Dalej widać rozmaite postacie poikilocytów, a więc gruszkowate, młotkowate itd., które tak często i licznie spotykamy w rozmaitych bezkrwistościach.

Zabarwienie ciałek czerwonych również ulegać może w stanach chorobowych krwi bardzo znacznym wahaniom. Zabarwienie ciałek czerwonych zależy od hemoglobiny, gdyż podścielisko ciałek czerwonych nie barwi się, ale tylko hemoglobina. W krwi prawidłowej ciałko czerwone całe jest zabarwione jednostajnie, najsilniej na obwodzie, środek nieco słabiej. Natomiast w przypadkach zubożenia krwi w hemoglobinę zabarwienie ciałek czerwonych będzie blade, a w przypadkach ciężkich błędnic zaledwie obwodowe części ciałek czerwonych są zabarwione, środkowe zaś są prawie bezbarwne. Przeciwnie w bezkrwistości złośliwej ciałka się barwią bardzo dobrze, bo i pojedyncze ciałka czerwone zawierają więcej hemoglobiny. (Indeks barwny większy od jedności).

Prócz tego spotykamy ciałka, które nie zabarwiły się jednostajnie jedną barwą, ale które naprzykład przy zabarwieniu barwikiem Plehna okazują zabarwienie podwójne — od fioletowego do niebieskiego. Są to tak zwane ciałka wielorako się barwiące (polychromatophilia), będące wyrazem zwyrodnienia krwi, występujące przy znacznych jej schorzeniach. Często wielobarwne te ciałka posiadają jądro.

W przypadkach niedokrewności i białaczki spotykamy nadto we krwi barwionej ciałka czerwone z jądrami. Stosownie do ich własności odróżniamy trzy rodzaje ciałek czerwonych jądrzastych:

1) Normoblasty. Ciałka czerwone wielkości prawidłowych ciałek czerwonych, pierwoszcza okazuje zabarwienie prawidłowe, w środku jądro, dla jąder charakterystycznie zabarwione (np. niebiesko Plehn). Często spotykamy więcej jąder (2—4); jądro zajmuje znaczniejszą część ciałka tak, że czasem mały tylko pasek pierwoszczy daje się widzieć; jądro normoblastów jest nadzwyczaj silnie zabarwione i bardzo widocznie odbija od zabarwienia nawet jąder ciałek białych. Silne zabarwienie jądra, wązki pasek pierwoszczy i wielkość prawidłowego ciałka czerwonego jest dla normoblastów cechującem.

2) Megaloblasty. Ciałka jądrzaste wielkie, 2—4 razy większe niż prawidłowe ciałka czerwone Jadro ich jest większe niż normoblastów, nie zajmuje jednak nigdy całej komórki a pierwoszcza przedstawia dosyć szeroki pasek, przyczem jest ona zmieniona i niebarwi się tak pięknie barwikiem, cechującym dla hemoglobiny. Jądro nie przybiera nigdy tak wybitnego zabarwienia, częstokroć zabarwienie to jest słabe tak, że z trudnością tylko dostrzedz je można.

---

[1]) Ueber die otitische Pyämie, Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 38 i Die otogene Pyämie, Jena 1896.

Ciałka jadrzaste o bardzo znacznej wielkości noszą nazwę ciałek jądrzastych olbrzymich (gigantoblasty).

3) Mikroblasty. Ciałka jądrzaste małe, mniejsze niż ciałka czerwone prawidłowe, jądro wybitnie się barwi; spotykamy je nadzwyczaj rzadko, często przy niedokrewnościach w następstwie urazów.

Jeżeli normoblasty znajdują się w przebiegu następowej niedokrwewności, tak w przypadkach przewlekłych, jako też ostrych (ostre krwotoki wśród wyniszczenia itd.), to natomiast megaloblasty w tych przypadkach się nie pojawiają i spotkać je możemy czasem w białaczce, stale zaś w niedokrewności złośliwej. Pamiętać jednak należy, że w początkach bezkrwistości złośliwej widzimy je w niewielkiej liczbie i dlatego też należy kilka preparatów przeszukać, zanim stanowczy sąd wydamy. Również w ciężkich przypadkach niedokrewności wywołanej przez bróżdogłowca szerokiego (botriocephalus latus) spotykać możemy megaloblasty, które po zastosowaniu odpowiedniego leczenia znikają. Jeżeli z jednej strony pojawienie się ciałek jądrzastych (normo i mikroblastów) uważać należy jako wyraz odrodzenia krwi, to w każdym razie świadczą one, że odrodzenie to nie postępuje prawidłowo, świadczą o zaburzeniach pewnych w narzadach krwiotwórczych. Między normoblastami a megaloblastami niema żadnego powinowactwa i te ostatnie wytwarzają się pod wpływem działania swoistych trucizn, najprawdopodobniej działających na szpik kostny.

Ciałka białe we krwi przedstawiają się pod względem jakości różnorodnie. Bardzo dokładnie widzimy to w preparatach krwi barwnych i to najlepiej ku temu celowi nadaje się barwik Ehrlicha. Rozróżniamy kilkanaście rodzajów ciałek białych; dla celów praktycznych wystarczy poznać pięć najważniejszych:

1) Wielojądrzaste ciałka białe neutrofilne. Większe od ciałek czerwonych krwi, z jądrami i pierwoszczą naokoło jąder ziarnistą, neutrofilnie się zachowującą. Są one w szpiku kostnym i stąd dostają się do krwiobiegu; w mniejszej części wytwarzają się w samym krwiobiegu z komórek przejściowych. We krwi prawidłowej znajdujemy je w ilości 66—72% wszystkich ciałek białych. Są to ciałka białe, które w przypadkach leukocytozy, jak to wyżej opisaliśmy, nieraz w bardzo wysokim stopniu się pomnażają na koszt innych ciałek białych i stanowią tak zwaną leukocytozę neutrofilną.

2) Limfocyty małe. Wielkością odpowiadają ciałkom czerwonym. Jądro znajduje się dośrodkowo i otoczone jest bardzo wązkim paskiem pierwoszczy, która niekiedy odpada i daje się stwierdzić jako jej resztki. Czasem spostrzegamy w jądrze silniej barwiace się twory, jako tak zwane jąderka (nucleoli). Prócz tych małych postaci znajdujemy we krwi dzieci w prawidłowych warunkach duże limfocyty o tem samem wejrzeniu, co limfocyty małe, które w szczególności w białaczce gruczołowej bardzo licznie się znajdują. W prawidłowej krwi znajdujemy około 24% limfocytów. Zwiększenie się ilościowe tych ciałek białych spotykamy bardzo rzadko, a przypadki, w których je w wielkiej liczbie znachodzimy, znamy pod nazwą limfocytozy lub *limfemii*.

3) Duże jednojądrowe ciałka białe. Trzy do czterech razy większe, aniżeli ciałka czerwone, o dość wielkiem jądrze, leżącem z boku, a które bardzo słabo się barwi. Pierwoszczy znajdujemy dosyć dużo, nie jest ona ziarnista. Ilość w prawidłowej krwi bardzo nieznaczna, do 3% wszystkich leukocytów. Niektóre z nich mogą zawierać ziarninę w protoplazmie, obok czego jądro jest więcej postaci nerkowatej i zgrubiałe. Są to tak zwane „postacie przejściowe“.

4) Jednojądrzaste ciałka białe z ziarniną neutrofilną. Prawidłowo spotykamy je bardzo rzadko. Natomiast w białaczce szpikowej znajdujemy je bardzo często i w znacznej ilości; stanowią one dla niej charakterystyczny objaw.

5) Ciałka białe eozynofilne. Co do wielkości odpowiadają one neutrofilnym; posiadają grubą ziarninę, która nadzwyczaj wybitnie się barwi barwikiem kwaśnym. Ilość ich prawidłowo 2—4%.

Zwiększenie się ciałek eozynochłonnych, które często spotkać możemy, stanowi t. zwaną leukocytozę eozynochłonną. Przeważnie mamy do czynienia z ciałkami eozynochłonnemi wielojądrzastemi, choć tu i owdzie spotkać można i jednojądrzaste eozynochłonne, które i przy zwyczajnej leukocytozie pojawiać się mogą. Leukocytozę eozynofilną spotykamy w dusznicy piersiowej (asthma bronchiale), w pęcherzycy (pemphigus), przy pasorzytach (ankylostomum, helminthiasis); przy mięsakach ilość ich się zwiększa, jednak w niebardzo znacznym stopniu. Ważny także jest antagonizm, jaki występuje między leukocytozą neutrofilną a eozynofilią. Choroby, mianowicie ostre, jak wyżej nadmieniliśmy, cechują się przedewszystkiem pojawieniem się leukocytozy neutrofilnej we krwi, przyczem ciałka eozynofilne znikają. Po przełomie choroby, a więc kiedy leukocytoza neutrofilna ustępuje, pojawiają się ciałka eozynochłonne, które nieraz w bardzo znacznej ilości się pojawiają i tworzą tak zwaną pogorączkową eozynofilią. Tak naprzykład pojawienie się ciałek eozynochłonnych w przebiegu zapalenia płuc lub duru brzusznego pozwala się spodziewać się przełamania się choroby i ma, ze względu na rokowanie, bardzo ważne znaczenie.

Jak wyżej wspomnieliśmy, samo oznaczenie liczby ciałek białych nie wystarcza jeszcze, by rozpoznać białaczkę, a tylko przez dokładne badanie preparatów krwi barwionej może rozstrzygnąć rozpoznanie. Klinicznie biorąc rozróżniamy kilka postaci białaczki, mianowicie: 1) śledzionową (leucaemia splenica), 2) gruczołową (leucaemia lymphatica) i 3) mieszaną (leucaemia lienomedullaris). Ze względu zaś na składniki krwi, a więc z punktu hematologicznego, odróżniamy dwie postacie białaczki: a) szpikową i b) gruczołową. Pierwsza postać cechuje się, prócz znacznego zwiększenia się ilości ciałek białych krwi, pojawieniem się w wielkiej liczbie ciałek czerwonych z jądrami, zwiększeniem się ilości wszystkich ciałek białych z granulami, a więc powiększeniem się ilości ciałek neutrofilnych jednojądrowych, a wreszcie znachodzeniem się ciałek białych, o rozmaitych nieregularnych formach małych, których jądra okazują piękne figury mitotyczne.

Postać białaczki śledzionowej okazuje zwiększenie się ilości ciałek białych, a mianowicie znaczną przewagę ciałek gruczołowych (limfocytów) nad innemi postaciami ciałek białych, a w szczególności limfocyty duże przeważają znowu nad innemi jednojądrowemi postaciami. Przyjąć należy, że w białaczce, jak to zresztą zdają się potwierdzać nowsze badania, mamy do czynienia z pewną uorganizowaną trucizną, która nietylko powoduje zwiększenie się ilości ciałek białych dojrzałych, a więc w szczególności powiększenie się wielojądrzastych neutrofilnych, ale nadto na narządy krwiotwórcze w ten sposób działa, że takowe wytwarzają znaczną ilość ciałek zostających na pierwszym stopniu swego rozwoju, a więc ciałek jednojądrzastych i jądrzastych ciałek czerwonych.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. W. Jaworski: **Podręcznik chorób żołądka.** *Wydanie drugie, Kraków 1898.*

„Sadzę, że Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* spełnia swoje zadanie, zwracając uwagę swoich czytelników na książkę Jaworskiego, która zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie. Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich może ją zaliczyć do najlepszych swoich dzieł“. Tak pisałem w ocenie pierwszego wydania w r. 1894, dzieła, którego drugie, względnie trzecie, wydanie leży przed nami.

W rok po wydaniu wyczerpanie nakładu polskiej książki lekarskiej i żądanie ogólne nowego wydania, to rzecz niezwykła, a przecież zrozumiała i spodziewana. Z podręcznikiem Jaworskiego bowiem nie może iść w zawody żaden, ogłoszony w innych językach. Tak jak w poprzedniem wydaniu, tak i w tem, obok części klinicznej, położył Jaworski główny nacisk na część terapeutyczną, którą znacznie rozszerzył i wzbogacił dzieło swoje w tem nowem wydaniu częścią osobną, „Dyetetyka w chorobach żołądka“. — Jestto dział nowy, a tak szczegółowo opracowany i tak ważny w leczeniu stanów patologicznych żołądka, że nadaje temu nowemu wydaniu tem większe znaczenie.

To nie drugie wydanie tego samego dzieła, ale przerobienie, uzupełnienie wszystkiego, co nauka przez pięć lat nowego zdobyła, a wszystko z tą ścisłą sumiennością, wytrawnością sądu i znajomością przedmiotu, jaką odznaczają się prace Jaworskiego.

Zdaniem z r. 1894, a przytoczonem na początku obecnej oceny, należałoby mi zakończyć moje uwagi o drugiem wydaniu dzieła Jaworskiego. —

A. Gluziński.

Karplus: **Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle** nebst weiteren Bemerkungen zur Symptomatologie und Differentialdiagnose hysterischer und epileptischer Anfälle. *(Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie Bd. XVII., 1898, Stron. 1—53).*

Autor omawia trudności, które się napotyka nader często w rozróżnianiu napadów histerycznych od padaczkowych. W przypadkach wątpliwych jedynie dokładne wywiady i dłuższe spostrzeganie chorego umożebniają rozpoznanie. Ponieważ jednak obydwoma tymi warunkami lekarz nie rozporządza wedle woli i potrzeby, nic więc dziwnego, że szukano i podnoszono wartość objawów przedmiotowych, właściwych napadom padaczkowym, więc nader ważnych dla rozpoznania różniczkowego. Brak oddziaływania źrenic na światło, nawet przy użyciu światłaześrodkowanego zapomocą soczewki, uważano dotąd za objaw cechujący dla napadów padaczkowych; a przeciwnie, ogólnie przyjmowano prawie za pewnik, potwierdzony przez autorów powszechnie cenionych (Strümpell, Oppenheim, Moebius), że podczas napadów histerycznych źrenice oddziaływują prawidłowo. Wprawdzie Feré, Pausier, Philipsen zwracali już uwagę na to, że czasem w napadach histerycznych oddziaływanie źrenic bywa upośledzone, mimo tego nie udało im się zmienić głęboko zakorzenionego zdania ogółu. W grudniu 1896 r. na posiedzeniu Towarz. neurologów i psychiatrów w Wiedniu, wystąpił Karplus ze zdaniem, że także podczas napadów histerycznych oddziaływanie źrenic na światło często bywa zniesione czyli, że objawu tego nie można zużyć w celu odróżnienia napadów histerycznych od padaczkowych. W rok po wykładzie Karplusa ogłosił Dr. A. Westphal pracę, w której, na mocy dwóch przypadków spostrzeganych na klinice prof. Jollyego, potwierdza zdanie K., a właściwie dochodzi do wniosków jeszcze dalej idących, bo powiada, że zdarzają się przypadki histeryi, w których można zauważyć brak oddziaływania źrenic nietylko podczas napadów, ale także po napadach, lub nawet bez wyraźnego związku z nimi.

W obecnej pracy K. zestawia szereg nader dokładnych historyj chorób, które potwierdzają spostrzeżenia na wykładzie wygłoszone; we wszystkich przypadkach przytoczonych zachodziły zboczenia ze strony oddziaływania źrenic. Naturalnie każdy poszczególny opis historyi choroby rozpoczyna autor od skrupulatnego udowodnienia, że chorzy cierpieli rzeczywiście na histeryę i że napady, którym ulegali, były napadami histerycznymi. Zazwyczaj brak było oddziaływania źrenic na światło w pierwszych dwóch okresach napadów *(période épileptoide et période des contorsions et des grands mouvements)*, a tylko stosunkowo rzadko przed lub jeszcze po okresie kurczów. U niektórych chorych źrenice nie oddziaływały podczas każdego napadu, u innych znowu tylko czasem. Brak odczynu bywa połączony z rozszerzeniem źrenic, rzadziej bywają one zwężone lub prawidłowej wielkości; zazwyczaj obie źrenice zachowują się równo. Przypuszczenie Westphala, jakoby z zachowania się źrenic podczas napadu można sądzić o przebiegu choroby, K. zbija stanowczo; spostrzegał on zboczenie w oddziaływaniu źrenic niezależnie od stopnia histeryi, zarówno w najcięższych, jak i w najlżejszych przypadkach, w których nie występowały ani kurcze, ani samowiedza nie była zamroczona. Wreszcie K. omawia inne objawy histeryi i padaczki i dochodzi do przekonania, że niema objawu, któryby sam przez się wystarczał do odróżnienia tych dwóch chorób.

Praca Dra K. odznacza się samodzielnością poglądów i mieści w sobie wiele szczegółów zajmujących i pouczających; spostrzeżenia zaś w tej pracy ogłoszone w pełni możemy potwierdzić, ponieważ od wykładu K. w Towarzystwie neurologów, a więc blisko od 2-ch lat, badaliśmy oddziaływanie źrenic prawie u każdego chorego histerycznego podczas i poza napadami, zarówno na klinice, jak i w ambulatoryum prof. Krafft-Ebinga i wcale nie rzadko mieliśmy sposobność spostrzegania objawów, opisanych przez Karplusa.

Dr. Halban.

V. Wyciągi.

Simond: **O rozszerzaniu się dżumy**. *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 10). Wnioski, do jakich doszedł S. na podstawie postrzeżeń, poczynionych przez lat kilka w Indyach zachodnich, różnią się poniekąd od panujących dotychczas zapatrywań na sposób rozszerzania się dżumy i od wniosków, do których doszły ostatnie wyprawy naukowe z Europy do Indyj (zwłaszcza komisya rosyjska: Wysokowicz i Zabołotny). Być może, że badania S. rzucą nieco światła na ostatnie przypadki wiedeńskie, w których bądźcobądź sposób zakażenia się pierwszej ofiary, Barischa, nie jest zupełnie jasnym, zwłaszcza wobec uwag prof. Weichselbauma w „Oesterr. Sanitätswesen“. Zdawałoby się bowiem, że Barisch zakazić się nie był powinien, jeżeli dżuma udziela się w ten sposób, jak to dotychczas sądzono, to jest albo przez zakażenie drobnych skaleczeń powłok zewnętrznych, albo drogami oddechowemi. Praca S. opiera się na dokładnych badaniach epidemiologicznych, objaśnionych mapkami, a dotyczących przebiegu i rozszerzania się zarazy zarówno u ludzi, jak i u zwierząt; w tym dziale pracy opiera się S. bądź na statystykach i dochodzeniach urzędowych, bądź na wiadomościach, poczerpniętych od lekarzy, ustanowionych przez rząd angielski. Drugą część pracy wypełniają doświadczenia na zwierzętach i wnioski, poczerpnięte ze spostrzeżeń klinicznych. S. sądzi, że przenośnikami zarazy są szczury i ludzie; ludzie roznoszą zarazę na wielkie odległości, których szczury przewędrować nie potrafią; szczury zaś roznoszą zarazę na bliskie przestrzenie i odgrywają najgłówniejszą rolę w rozsianiu się zarazy w miejscowości raz zakażonej, tak, że ich współdziałaniu zawdzięcza dżuma głównie swój charakter epidemiczny. Wkrótce po dostaniu się zarażonych szczurów w otoczenie dotąd zdrowe, występują pierwsze przypadki dżumy u ludzi; natomiast po przybyciu zadżumionych ludzi do zdrowej dotąd miejscowości, nie zawsze wybucha zaraza wśród ludności miejscowej; aby zaś wybuchła, potrzeba jeszcze innych czynników, wśród których najważniejszym zdaje się być uprzednie przeniesienie zarazy z zadżumionego przybysza na szczury. Pomiędzy śmiercią zadżumionego przybysza, a wybuchem dżumy u mieszkańców miejscowych, upływa zawsze pewien czas, odpowiadający czasowi, potrzebnemu na rozwój zarazy wśród szczurów. Natężenie epidemii u ludzi pozostaje w związku z natężeniem dżumy nagminnej szczurów. Rozszerzanie się dżumy w pewnej miejscowości następuje zawsze wzdłuż tej drogi, jaką obrały uciekające szczury. Skoro minie okres znacznej śmier-

telności szczurów i ludzi, można stwierdzić zawsze, że dżuma wśród szczurów jeszcze nie wygasa, lecz szerzy się wśród nich dalej w postaci łagodniejszej, nie doprowadzającej do śmierci. Odosobnione przypadki dżumy u ludzi, zdarzające się przy końcu epidemii, należy odnosić do tej właśnie dalej ciągnącej się zarazy szczurów. Udzielanie się dżumy z człowieka na człowieka i przetrwanie zarazka na przedmiotach martwych w zakażonych mieszkaniach (które to ostatnie S. w wielką podaje wątpliwość), odgrywają rolę podrzędną zarówno w długości trwania, jak i w natężeniu epidemii u ludzi. Pory roku nie wpływają prawie wcale na wybuch i natężenie dżumy nagminnej; w Indyach przynajmniej spostrzegano wybuchy epidemii w najrozmaitszych porach roku. Powtórna epidemia powstaje zwykle dopiero po upływie roku i oddzielona bywa od pierwszej krótszym lub dłuższym okresem względnego zdrowia. Przyczyna tych okresowych powrotów dżumy jest nie znana, w każdym jednak razie związana jest z powrotem dżumy u szczurów, a w pewnej części zależy od powrotu szczurów do dawnych ich miejskich siedzib.

Próby zakażenia szczurów i małp zapomocą hodowli prątka dżumy, jakoteż zapomocą krwi i narządów wewnętrznych zwierząt zadżumionych, zmięszanych z pokarmami, nie powiodły się; wnosi stąd S., że w zwykłych warunkach szczury nie zakażają się dżumą drogą przewodu pokarmowego, wbrew temu, co dotąd sądzono. Jeszcze ważniejszem jest twierdzenie S. (sprzeczne z dotychczasowemi zapatrywaniami), że zwykłym sposobem zakażenia u ludzi nie jest zetknięcie się przypadkowych skaleczeń skórnych z prątkami dżumy, rozsianymi w otoczeniu. Spostrzeżenia na ludziach pouczają, że w pewnej części przypadków pierwszym objawem dżumy jest krostka, usadawiająca się na kończynach w miejscach nieokrytych, w ślad za którą pojawia się wnet dymienica gruczołów chłonnych, wyżej położonych. Na nogach pojawia się ta krostka zwykle na grzbiecie stopy, nigdy zaś nie spotyka się jej na podeszwie i między palcami, gdzie najczęściej zdarzają się przypadkowe skaleczenia. Badanie krostek wykazuje, że nie są one następstwem skaleczeń. Z tego zaś, co dotychczas wiadomo o zakażeniach, wnosić wolno, że brak odczynu miejscowego (krostki) i odczynu okolicznego (dymienic) w pewnych przypadkach dżumy ma swoją przyczynę w większej jadowitości zarazka, a nie w tem, że zakażenie nastąpiło inną drogą (to jest nie przez powłoki zewnętrzne, lecz przez narząd oddechowy lub pokarmowy). Szczepiąc bowiem pod skórę zwierząt drobnoustroje bardzo jadowite, można wywołać ogólne zakażenie bez żadnego odczynu miejscowego; mało jadowite drobnoustroje wywołują w miejscu szczepienia obrzęk zapalny — zanim przyjdzie do ogólnego zakażenia. Simondowi nie powiodło się zresztą wywołać dżumowego zapalenia płuc u małp zapomocą zakażenia drogami oddechowemi. (Roux zauważa jednak w przypisku do pracy S., że wspólnie z Batzaroffem zdołał wywołać u szczurów, świnek morskich i królików, i to z łatwością, zabójczą dżumę, umieszczając na nieuszkodzonej błonie śluzowej nosa hodowlę prątka dżumy).

Odmawiając znaczenia zakażeniu przypadkowych skaleczeń skóry i zakażeniu drogami oddechowemi, przypisuje natomiast S. główną rolę w przenoszeniu się zarazy ukłóciom pcheł zakażonych, przenoszących się z zadżumionych szczurów na inne szczury i na ludzi. Twierdzenie to opiera S. na następujących okolicznościach: 1) obecność jadowitych prątków dżumy w treści przewodu pokarmowego tych pcheł, które ssały krew zadżumioną, 2) pewne szczegóły w sposobie przenoszenia się zarazy ze szczurów na szczury i ludzi (np. stwierdzono, że dżumy dostawali ci ludzie, którzy rękami wyrzucali padlinę szczurów świeżą, zanim ją pchły zakażone opuściły, natomiast nie zakażali się ci, którzy dotykali się zwłok zadżumionych szczurów w dłuższy czas po śmierci zwierząt, gdy już na zwłokach pcheł nie było itp.); być może, że w niektórych przypadkach zakażenie przenosi się także przez pluskwy, 3) możliwość zakażenie szczurów zdrowych przez pomieszczenie ich w jednej klatce, przegrodzonej na pół kratą, ze szczurami zadżumionymi, na których znajdują się pchły; natomiast szczury zadżumione, a nie posiadające tych pasorzytów, nie zarażają szczurów zdrowych nawet przy bezpośredniem zetknięciu.

Wogóle więc dżuma rozszerza się, zdaniem S., za pośrednictwem szczurów i ludzi, przyczem zarazek przenosi się ze szczurów na szczury, z człowieka na człowieka, ze szczurów na ludzi i odwrotnie zapomocą drobnych pasorzytów skórnych. Środki zapobiegawcze powinny więc dotyczyć wszystkich trzech czynników, to jest zarówno drobnych pasorzytów, jak szczurów i ludzi.

Doc. Dr. Ciechanowski.

A. Guttmann: **Wiąd rdzenia a kiła.** *(Zeitschr. f. Klin. Med.* T. 35, 1898). Związek przyczynowy między wiądem rdzeniowym a kiłą, nie przestaje być pytaniem spornem pomiędzy zwolennikami zapatrywania Fourniera i Erba z jednej, a Charcota i Leydena z drugiej strony; temat ten był przedmiotem ożywionych rozpraw na XII międzynarodowym kongresie w Moskwie. Pierwsi uważają wiąd rdzenia w przeważającej liczbie przypadków za następstwo zakażenia kiłowego, Leyden natomiast stanowczo twierdzi, że choroba ta nie ma nic wspólnego z etyologią kiły. Na poparcie swych poglądów obydwie strony przytaczają bogatą, a zawsze korzystną, statystykę. Guttmann podaje 136 przypadków wiądu, zebranych częścią w klinice Leydena, a częścią w jednym z największych Towarzystw ubezpieczeń na życie. Z liczby tej w 28·6% stwierdzono przebytą kiłę, a w 71·4% stanowczo ją można było wykluczyć. Na podstawie tak poważnej liczby chorych, jak również opierając się na ostatnich badaniach anatomo-patologicznych ośrodkowego układu nerwowego, G. nie przyjmuje żadnego przyczynowego związku pomiędzy wspomnianemi chorobami. W myśl tego zapatrywania przestrzega autor przed rozpowszechnionem ogólnie leczeniem wiądu rdzenia zapomocą przetworów rtęciowych, gdyż ono nigdy nie pomaga, a często, podkopując ogólny stan chorego, niekorzystny wpływ wywiera na sam przebieg choroby. Nie mogąc usunąć samej choroby, należy raczej zwalczać jej objawy, a tu spokój, odpowiednia dyeta, mięsienie, odpowiednie zabiegi wodolecznicze, elektryzowanie, wreszcie systematyczne ćwiczenia kompensacyjne (Frenkel, Goldscheider) wiele korzyści i ulgi w cierpieniu choremu przynieść mogą.

Dr. Rencki.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 24 czerwca 1898.

Przewodniczący: kol. Machek. Obecnych członków 25.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Marischler przedstawia chorego z kliniki lekarskiej, u którego rozpoznano ubytek w przegrodzie sercowej, oraz zwężenie ujścia tętniczego prawego. Chory, liczący lat 24, skarży się, że od długiego czasu, bo już od lat dziecinnych, przy każdym wysiłku fizycznym, jak np. przy bieganiu lub podnoszeniu cięższych przedmiotów, doznaje duszności, bicia serca, zawrotu głowy i zesinienia twarzy. W ostatnich czasach nasilenie tych objawów powiększyło się i nieraz chory podczas pracy fizycznej upadał z powodu zawrotu głowy na ziemię. Przy badaniu znaleziono, że chory ten okazuje na twarzy, muszlach usznych i wargach, nawet przy spokojnem leżeniu, wybitną sinicę, której nasilenie jest jednak zmienne; zauważono, że miejsce sinicy zajmuje czasem żywe zaróżowienie. Na rękach i stopach również wybitna sinica. Ostatnie falangi palców rąk pałeczkowato zgrubiałe. Kończyny pomimo sinicy, ciepłe.

Badanie płuc wykazuje stosunki prawidłowe, objawów nieżytu oskrzelowego nawet w dolnych tylnych częściach płuc niema.

Uderzenie koniuszkowe serca macalne i widzialne w piątym przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej lewej; stłumienie serca

na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem, na prawo sięga do linii mostkowej prawej. Przysłuch: nad koniuszkiem serca skurczowy szmer, rozkurczowy ton: nad tętnicą płucną słaby skurczowy szmer, innego nieco charakteru, jak nad koniuszkiem serca i podstawą mostka; drugi ton niezaakcentowany, nad tętnicą główną dwa tony. W miejscu połączenia trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym silny skurczowy szmer o tym samym charakterze, co nad koniuszkiem serca. Dodać należy, że posuwając się od koniuszka serca ku stronie prawej staje się szmer skurczowy coraz silniejszy, a na dolnym odcinku mostka nasilenie tego szmeru jest największe. Żyły szyjne są nierozszerzone, nie tętnią. Brzuch płaski, wątroba nie macalna, ani wypukiem nie powiększona.

Na podniesienie u tego chorego zasługuje niestosunek pomiędzy sinicą a brakiem objawów przekrwienia biernego w płucach i wątrobie. Niedomykalność zastawki dwudzielnej wykluczono wobec braku zaakcentowania drugiego tonu nad tęt. płucną; niedomykalność zastawki trójdzielnej — wobec braku następstw przekrwienia żylnego. Wobec długiego czasu trwania sprawy chorobowej, zwiększania się sinicy przy ruchach, umiejscowienia najsilniejszego nasilenia szmeru skurczowego, zgrubień pałeczkowatych palców, musiano myśleć, czy nie ma się w tym przypadku do czynienia ze sprawą wrodzoną, a mianowicie z ubytkiem w przegrodzie pomiędzy komorami. I rzeczywiście, przyjąwszy tę zmianę, można sobie wytłómaczyć objawy chorobowe u tego chorego. Zwrócić należy uwagę jeszcze i na tę okoliczność, że ubytki w przegrodzie między komorami bardzo często wikłają się ze zwężeniem ujścia tętniczego prawego. I w tym przypadku, wobec osobnego szmeru nad tętnicą płucą, rozpoznano obok ubytku w przegrodzie pomiędzy komorami także i zwężenie ujścia tętniczego prawego.

Kol. prof. Prus, otrzymawszy potakującą odpowiedź na pytanie, czy w tym przypadku jest sinica i na nogach, wyraża przypuszczenie, że u chorego jest wada w tętnicy płucnej, która często bywa wrodzoną.

W sprawie kompensacyi wad sercowych mowca nawiązuje swe zapatrywanie, że wyrównanie jest wówczas tylko możliwe, gdy ilość krwi, która się cofa, zostaje napowrót wysuniętą. Krążenie zatem może ustać nawet bez zmian degeneracyjnych, gdy nie było czasu na wystąpienie przerostu serca. Za tem przemawiają znane przypadki śmierci nagłej u latawców bez wykazalnych zmian anatomo-patologicznych.

Kol. Pisek przyłącza się do rozpoznania prelegenta, za którem przemawia słusznie rozszerzenie i przerost prawej komórki.

Co do uwag kol. prof. Prusa, uznaje je za bardzo ważne i zwracające uwagę swą prostotą.

Kol. prof. Gluziński wyłuszcza powody, dla których w tym przypadku, obok zwężenia płucnego, rozpoznaje jeszcze otwór w przegrodzie, zwraca uwagę na zachowanie się szmeru skurczowego, wzmacniającego się przy posuwaniu stetoskopu ku stronie prawej, na różnicę szmerów nad podstawą mostka i nad tętnicą płucną, co zmusza do przyjęcia dla nich dwóch odrębnych źródeł.

Co do uwag kol. prof. Prusa o sposobach wystąpienia niewyrównania wad sercowych podnosi, że serce nie pracuje zwykle całą rozporządzalną siłą, pozostawiając w zapasie pewną jej część. Występuje z nią np. przy wadach zastawkowych, gdy musi większą pracę wykonać, albo wskutek zwiększenia oporów (zwężenia), lub też, gdy większą ilość krwi naraz wprowadzić w ruch musi (niedomykalność). Uczynić to może tem łatwiej, że zmiany te występują przecież powoli, nie nagle. Do tego potrzebuje serce sprawnego swego układu nerwowego i zdrowego mięśnia. Jak długo to ma miejsce jest względne wyrównanie wady zastawkowej, a przyczynę zaburzenia tej równowagi upatrywać należy w występujących z biegiem czasu zmianach w mięśniu sercowym, lub aparacie nerwowym.

Kol. prof. Prus wyjaśnia że mówił o przypadkach, w których energia serca jest już wyczerpaną, co może się stać przy zdrowem zupełnie sercu.

Kol. prof. Gluziński zgadza się na tłómaczenie kol. Prusa przy zużytej sile zapasowej serca, lecz powody tego wyczerpania upatruje dalej w zmianach układu nerwowego, lub mięśnia sercowego.

Kol. Merunowicz przypomina, że wedle przyjętego zwyczaju przy przedstawianiu chorych rozprawy teoretyczne nie powinny mieć miejsca.

Kol. Pisek, uznając różnicę szmerów słyszalnych w tym przypadku, zapytuje, czy mogą powstawać szmery przy przepływie przez otwór w przegrodzie.

Kol. prof. Gluziński odpowiada, że opisane są przypadki, gdzie nic innego nie było, tylko brak przegrody był powodem.

3. Kol. Marischler przedstawia chorego z nadmiernem poceniem się górnej połowy ciała. Przypadek ten ogłoszonym był w *Przeglądzie Lekarskim*.

W rozprawie nad tym przypadkiem przemówił Kol. prof. Prus, podając, że po zbadaniu chorego zauważył następujące jeszcze objawy: rozszerzenie źrenic, bolesność wszystkich 3 gałęzi nerwu trójdzielnego i splotu barkowego, niedowład obustronny kończyn górnych (o czem świadczy i zwiększona pobudliwość mięśni) wreszcie garb (kyphosis). Zbierając to wszystko, mowca nie uznaje w tym przypadku zboczenia funkcyonalnego, ale już organiczne, a mianowicie syringomyelię, coby tłomaczyło także pocenie się górnej połowy ciała.

Kol. Marischler zaznacza, że rozpoznawać syringomyelii w tym przypadku nie można z powodu, że badanie czucia wykazuje u tego chorego pod każdym względem stosunki zupełnie prawidłowe i nigdzie nie można wykazać jakichkolwiek zaników mięśniowych.

4. Kol. Szulisławski mówił »o zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę. Rzecz drukowana w *Przeglądzie Lekarskim*.

5. Kol. Merunowicz oznajmia o podpisaniu kontraktu kupna i sprzedaży domu Towarzystwa, oraz zapowiada oddanie lokalu własnego Towarzystwu na dzień 7-go października 1898 r.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VII. Korespondencya.

Z Syberyi wschodniej.

Po przeszłorocznej powodzi, kilkomiesięczna tegoroczna posucha w ciągu wiosny i lata spowodowała, że trawy i zasiewy w prowincyi Zabajkalskiej zżółkły i zeschły, a bydło i konie pozbawione zostały paszy. Liche pożywienie spowodowało choroby stadne, które przybrały groźniejsze niż zazwyczaj rozmiary. Oprócz księgosuszu, który zresztą w słabszym stopniu stale gości w Mongolii i Syberyi wschodniej, obecnie w północno-zachodniej części kraju Zabajkalskiego grasuje wąglik (sibirska jazwa) tak, że w ciągu miesięcy paru padło do 2 tysięcy koni i zachorowało wielu ludzi, z których do 20 umarło. Zaprowadzono kwarantanę, przerwano komunikacyę i uchwalono inne środki ochronne; wszystko to jednak, wskutek wielkich obszarów, na razie stłumić epidemii nie zdołało. Obecnie, jak urzędowe obwieszczenia głoszą, epizoocya nieco przycichła. Pomór bydła, które stanowi główne bogactwo Syberyi wschodniej, a w szczególności Zabajkalskiej, zubaża ekonomiczne siły ludności, a nawet doprowadza ją do ubóstwa i nędzy. Oddawna projektuje się tu zaprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia, ochronnego szczepienia, zwiększenie liczby rządowych weterynarzy i zorganizowanie służby zdrowia weterynaryjnej, oddzielnie od zarządu lekarskiego. Znana w Syberyi filantropka, p. Bazanowa, przeznaczyła 150 tysięcy rubli na założenie bakteryologicznej i Pasteurowskiej stacyi w Irkucku.

Walka z chorobami stadnemi w Syberyi jest wielce utrudnioną. Sąsiednia Mongolia, posiadająca mnóstwo bydła i koni, jest ogniskiem, z którego przy otwartej granicy nieustannie wkracza do Syberyi bydło zakażone, bez możności przeprowadzenia nad niem jakiejkolwiek kontroli. Projektowano urządzenie w tym celu stacyi weterynaryjno-obserwacyjnej w Urdze, zkądby można mieć peryodyczne wiadomości o stanie zdrowotności miejscowego bydła. Wątpić jednak należy, aby środek ten przy niemożebności przerwania komunikacyi przyniósł jakiebądź namacalne korzyści. Oprócz mnóstwa dróg pomniejszych, główną arteryą komunikacyi Mongolii z Syberyą jest wielki trakt z Urgi do Kiachty, po którym Mongołowie przywożą wołami transporty herbaty, rocznie do miliona „cybików“ (każdy cybik od 5—6 pudów). Traktem tym pędzą też całe stada wołów na rzeź, wiozą drwa i siano na sprzedaż, a przewóz odbywa się wołami. Pograniczna ludność rosyjska korzysta z wypasów w Mongolii, rąbie drzewo i zwozi siano. Oprócz tego Mongołowie sprzedają do Kiachty rocznie od 250—300 tysięcy skór, nieraz z wołów, padłych na księgosusz, które służą na obszycie „cybików“ z herbatą, idącą ztąd drogą lądową przez Syberyą do Rosyi europejskiej. W tym celu moczą skóry w przeciągu 5 dni w 2% roztworze wapna, w osobnym, w tym celu urządzonym, budynku; lecz od dawna już zwrócono uwagę na nieskuteczności tego rodzaju odkażenia. Wilgotność

skór ułatwia ich naciąganie przy obszywaniu „cybików“, co się odbywa w oddzielnym budynku, zwanym „szyrolnią“ od słowa „szyrić“, co oznacza w technicznym miejscowym języku wydłubywać skórę. W celu zapobieżenia zaniesieniu zarazy wąglikowej, zabroniono używać do obszywania skór końskich. Ponieważ wyżej wspomnianem odkażaniem nie osiąga się pożądanego celu, zalecono do moczenia skór silniejszy % wapna i zastąpienie go chlorkiem wapna, lub smołą; lecz te zmiany napotkały silną opozycyę kupiectwa, dowodzącego, że skóry od żrących przetworów będą się niszczyły, a środki wonne zaszkodzą aromatowi herbaty. Kwestyi nie podlega, że Kiachta, ze zbiorowiskiem bydła i skór, może być ogniskiem zarazy, która zresztą trwa tu ciągle. W przeciągu mego tu 6-letniego pobytu, pomimo częstych zakłóć igłami i nożami przy obszywaniu cuchnących skór, między robotnikami nie zdarzył się ani jeden przypadek zakażenia krwi. Przemysł ten zatrudnia do 2 tysięcy ludzi. Sądzono że po zbudowaniu kolei syberyjskiej można będzie dla zmniejszeni wydatków wysyłać herbatę do Rosyi bez obszywania „cybików“ w skóry; okazało się to jednak niedogodnem, gdyż, oprócz łatwości zamoczenia, herbata, opakowana niehermetycznie, traci na aromacie przez ulatnianie się olejków eterycznych. Kupiectwo kiachtyńskie wyrobiło u publiczności od lat wielu przekonanie, podtrzymywane dla reklamy, iż herbata, sprowadzana drogą lądową, jest lepsza od idącej drogą morską; że lepiej jest upakowaną, na to się zgodzić można.

Co do stanu zdrowia ludności, to ten w roku bieżącym był lepszym, niż lat poprzednich. Biegunka i czerwonka, które corocznie latem tu grasują, dziesiątkując podrastające pokolenie, w roku bieżącym, może dzięki bardziej chłodnemu latu, były o wiele słabsze; od czasu do czasu tylko miejscami nawiedzani byliśmy sporadycznymi przypadkami durzycy. Pomimo warunków klimatycznych, sprzyjających rozwojowi chorób zakaźnych, jak braku w wielu miejscach wody dobrej, zasypywania źródeł i brzegów rzek nawozem, wreszcie włóczenia się całemi partyami po głównym trakcie obdartych i głodnych przesiedleńców, dziwić się należy, że choroby te zakaźne nie zakładają tu sobie bardziej stałej siedziby.

Przed paru tygodniami zatrzymał się w przejeździe przez Kiachtę do Mongolii młody lekarz, Dr. Zabołotnyj, rodem z Podola, ze swym towarzyszem, studentem Taranuchinym, delegowani przez rosyjską komisyę przeciwdżumową dla zbadania dżumy, grasującej w Mongolii. P. Zabołotnyj w roku przeszłym bawił w celu bakteryologicznych badań w Indyach wschodnich. O istnieniu epidemii w Mongolii komisya przeciwdżumowa dowiedziała się z artykułu Dra Montyon, lekarza ambasady francuskiej w Pekinie, ogłoszonego w *Annales de l'Institut Pasteur*, który miał być delegowany przez ambasadę z Pekinu dla niesienia pomocy chorym zadżumionym, w miejscowości odległej o 400 wiorst od Kałganu, w okolicach Dołon-nor we wschodniej Mongolii. Podobno choroba istnieje tam stale od lat 9. Lokalizacya choroby, ograniczającej się na pewną liczbę chorych, nie jest znana; zdaje się być trudną do rozwiązania zagadką, nim Dr. Zabołotnyj nie udzieli nam bliższych o tem szczegółów, zebranych na miejscu. Zwróciliśmy uwagę przejeżdżającego bakteryologa na mało komu jeszcze znaną, a udzielającą się ludziom, chorobę „tarbaganów“, spostrzeganą w okręgu Akszyńskim, prowincyi Zabajkalskiej, a opisaną przez Dra Bielawskiego w protokołach posiedzeń Towarzystwa lekarzy zabajkalskich, za lata 1894—1895. Sądząc, że opis rozwoju nieznanej tej choroby będzie zajmującym dla czytelników *Przeglądu*, pozwolę sobie zrobić streszczenie z opisu Dra Bielawskiego. Zwierzęta ssące, zwane w prowincyi Zabajkalskiej „tarbaganami“, są rodzajem susłów, tylko dwa razy od nich większe. Zimę od września do marca spędzają w norach, wyrytych w ziemi; miesiące letnie bujają po polach i są celem polowania koczujących buriatów i rosyan. Latem zwierzęta te są bardzo tłuste, mięso z nich ma być smaczne, przypominające gęsinę i stanowi wielki przysmak ludności miejscowej. Tłuszczu tarbaganów używają do smarowania skór, uprzęży i do oświecenia. Mieszkańcy Sybiru poszukują zimą tarbaganów w norach ziemnych. Bywają lata, że we wrześniu lub październiku, kiedy zwierzęta te kryją się w nory na zimową śpiączkę, podlegają one pewnej epidemicznej chorobie. Ludność miejscowa mieni te tarbagany, które w październiku nie skryły się do nór, chorymi, zadżumionymi. Choroba ta objawia się tem, że zwierzęta te tracą żywość, ruchy ich stają się powolne i niepewne; pod pachami powstają czerwone guzy, chełboczące. Z chorobą tą tarbagany nie są przyjmowane do nór przez zwierzęta zdrowe, a jeżeli tam przypadkiem który zdechnie, wynoszą go na powierzchnię ziemi. W czasie epidemii tarbagany z łatwością stają się zdobyczą ludzi i innych zwierząt. Buriaci rozróżniają zdrowe tarbagany od chorych i gdy spostrzegą guzy pod pachą, lub po rozcięciu podeszew łapek znajdą skrzepy krwi, oddają je psom na zjedzenie. W okręgu Akszyńskim zarażenie się ludzi od tarbaganów miało miejsce kilkakrotnie i dla tego ludność, wiedząc o tem, ma się na baczności. Przytoczę te przypadki, które były stwierdzone urzędownie. W m. październiku, 1888 r., w osadzie Czindońskiej, znaleziono 6 trupów Buriatów, zmarłych z niewiadomej przyczyny. W celu dokonania sekcyi zjechał lekarz z Akizy, Aszman i felczer Judin. Pierwszy z nich zmarł, wróciwszy do miasta, a drugi zakończył życie jeszcze w drodze. Śledztwo stwierdziło, że obaj zarazili się przy sekcyi i że choroba, na którą pomarli Buriaci, miała być dżumą.

W sierpniu 1889 roku w osadzie Soktuj, w rodzinie Kozaka Abrama E., składającej się z 10 osób, zachorowała córka Eudoksia, lat 16 i po 3 dniach zmarła. Następnie w ciągu kilku dni zmarli: sam gospodarz Abram, jego żona i córka. Pozostało 6 synów różnego wieku. Objawy u wszystkich zmarłych były jednakowe: silna gorączka, ból głowy, wymioty, czasem biegunka, lecz częściej zaparcie stolca, ból pod pachami i w pachwinach, a niekiedy i obrzęk gruczołów. Kozaczka B., sąsiadka, wzięła bieliznę do prania z domu Kozaka E. i po kilkodniowej chorobie zmarła. W dni kilka w chacie B. zmarło 5 dzieci, pozostał przy życiu tylko jeden 5-letni chłopiec; z poblizkiego od Soktuja ułusu przychodził bawić się z dziećmi 10-letni Buriat, który, zaraziwszy się, także w dni kilka zakończył życie. U wszystkich chorych były objawy wyżej opisane. Rodzina Kozaka E. zajmowała się topieniem tłuszczów tarbaganów.

W jesieni 1891 r. w tejże kozackiej osadzie Soktuj, w domu Kozaka Herasima E..., umarł 16-letni syn Kirik. Jako przyczynę choroby podano, że zmarły zdejmował skórę ze zdechłego tarbagana, przyniesionego przez psa na dziedziniec. Ojciec Karika po jego śmierci przeniósł rodzinę do sąsiedniej osady, gdzie niebawem zachorował 5-letni chłopiec i w dni parę umarł. Objawy chorobowe były te same, co i u zmarłych w r. 1889.

W jesieni roku 1891 w mieście Akszy, w domu Kozaka G., z rodziny, składającej się z 13 rodzeństwa, umarło po kilkodniowej chorobie osób sześć. Lekarz Utkin i felczer Sawatiejew, którzy udzielali pomocy chorym, sami pochorowali się, lecz prędko ozdrowieli. Choroba przyniesiona została przez Kozaka G., który jeździł do Mongolii po bydło i tam wspólnie z Mongołami jadł mięso tarbagana. Wróciwszy do domu umarł po trzydniowej chorobie; od niego zaraziło się i umarło 5 dzieci. Objawy chorobowe były takie same, jak wyżej opisałem.

Po raz ostatni choroba ta nawiedziła okrąg Akszyński w r. 1894, a mianowicie, 22 września felczer z Cagan Ołujewskiego leczniczego punktu został wezwany do osady Soktuj dla dania pomocy lekarskiej w domu Kozaka M., gdzie w przeciągu kilku dni z 9 osób, składających rodzinę, zmarło 7. Choroba trwała od 2 do 4 dni, występując z silną gorączką, bólem głowy, sennością, wymiotami, biegunką, niekiedy obrzękiem gruczołów pachowych i pachwinowych.

Dnia 31 sierpnia Kozak M., był wezwany do sądu, znajdującego się w miejscowości Cagan-Ołuj. W drodze mały piesek jego udusił na górze 6 tarbaganów, które M. włożył do wozu i przywiózł do domu, a 2 września, pierwszy zachorował; od niego zarazili się inni. Łatwość, z jaką mały piesek mógł pojmać w tak krótkim czasie aż sześć tarbaganów, przemawia za ich schorzeniem.

Tego lata nigdzie w poblizkich ułusach nie było chorych Buriatów, nie spostrzegano dżumy ani u ptaków, ani u myszy polnych. Buriaci miejscami utrzymują, że bywają lata, w których wymierają z tej choroby całe ułusy i że według ich zdania jest ona nie wyleczalną i strasznie zararaźliwą. Jeśli choroba nawiedzi jurtę, Buriaci porzucają chorych, a sami uchodzą na inne miejsce; po niejakim czasie przychodzą tylko zakopać trupy, a jurty z dobytkiem całym palą. Choroba ta, udzielająca się od tarbaganów, jest niezawodnie rodzajem dżumy, której bakteryologiczne zbadanie byłoby wielce ważnem i pouczającem.

Troickosawsk we wrześniu.

Dr. Jan Iłgowski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 24 Listopada.

Dnia wczorajszego odbyło Towarz. lek. krak. posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, przyjęto w poczet członków czynnych doktorów: Edmunda Majewicza i Dawida Sternbacha. Następnie odbył się odczyt kol. dr. Rutkowskiego: »O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków« W rozprawach zabierali głos koll.: Kryński i Surzycki.

* Wobec faktu, że niedoszły Zjazd poznański nie mógł wyznaczyć prezesów Komitetu gospodarczego Zjazdu następnego, który ma się odbyć, jak wiadomo, w r. 1900 w Krakowie, Towarzystwo lekarsk. krak. i Towarzystwo przyrodników im. Kopernika wzięły na siebie początkowanie w zawiązaniu komitetu gospodarczego, wybierając na prezesów: pierwsze prof. Kazimierza Kostaneckiego, drugie prof. Augusta Witkowskiego.

* Na wczorajszem posiedzeniu uchwaliło Towarzystwo lekar. krak. wystosować do krak. Rady miejskiej memoryał w sprawie budowy szpitala dla chorych zakaźnych w Krakowie. Konieczności tej instytucyi dla naszego miasta nie będziemy uzasadniać w piśmie lekarskiem, gdyż, jak wiadomo, została ona teoretycznie i praktycznie stwierdzoną i przesądzoną.

Zaprzeczyć nie można, że zwłoka w tym kierunku nietylko naraża mieszkańców Krakowa na niebezpieczeństwo chorób nagminnych, których w naszym kraju i w chwili obecnej nie brak, ale i nie zapobiega tym ofiarom i stratom, które codziennie ponoszą obywatele krakowscy, z powodu niewygasających chorób zakaźnych sporadycznych. Doświadczenie lat ostatnich pouczyło, że wszelkie zabiegi desinfekcyjne odgrywają rolę drugorzędną, a zdusić epidemię w zarodzie można tylko doraźnem oddzieleniem chorych od zdrowych i lekarską obserwacyą podejrzanych. Bez dobrze urządzonego szpitala dla chorób zakaźnych nie można i marzyć o takiem zagrodzeniu drogi wkraczającej epidemii, a wszelkie półśrodki, jak wszędzie tak i tu, zawodzą. Niemniej niepodobna bez szpitala dla chorób zakaźnych ściśle wykonać ministeryalnego rozporządzenia o niedopuszczaniu do szkół publicznych tych dzieci, w rodzinach których zdarzą się przypadki chorób zakaźnych. Takie miasto jak Kraków, które ściąga do swych szkół dziatwę z wielkiego obszaru ziem polskich i nalicza do 10000 uczącej się młodzieży, ma obowiązek odpowiedzieć i pod względem sanitarnym wszystkim warunkom wzorowego ogniska oświaty szkolnej. Prastara ta stolica, skarbiec wielowiekowej cywilizacyi, powinna być dla całego kraju wzorem i przykładem zapobiegliwego pogotowia w obronie zdrowia i życia obywateli.

Niewątpimy zatem, że tak ze stanowiska zawodowego, jak i obywatelskiego, radcy miejscy-lekarze poprą zasadniczą myśl memoryału Towarz. lek. krakowskiego.

* Z końcem m. stycznia 1899 r. rozpocznie wychodzić w Krakowie pod redakcyą prof. Bol. Wicherkiewicza miesięcznik p. tyt. »Postęp okulistyczny«. Wkrótce okaże się program tego wydawnictwa, z którym zapoznamy czytelników naszych.

Lublin. Staraniem znanego okulisty Dr. Józefa Talki otworzono w tych dniach w przebudowanym i rozszerzonym tutejszym szpitalu św. Józefa oddział dla chorych ocznych, przeważnie takich, którzy potrzebują pomocy operacyjnej. Oddział ten, posiadający 12 łóżek, oddany został pod kierownictwo radcy stanu Dra Talki. *W.*

— Za pośrednictwem Prezydyum Tow. otrzymała biblioteka Tow, lek. krak.:

1) Grundzach; »O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią«, od autora.

2) Szulc: „Ogólny zarys stref klimatycznych Galicyi, od Wysokiego Wydziału krajowego.

Doc. Dr. Ciechanowski.
bibl. tow. lek. krak.

* W celu zwalczania dżumy, która zabiera wiele ofiar w Taszkiencie, rząd rosyjski rozwinął energiczną czynność: miejcowość zadżumioną opasano trzechkrotnym kordonem; w krzyżujących się punktach wielkich szlaków urządzono lekarskie stanowiska dozorujące. W głównych miastach Rosyi europejskiej zamówiono 100 lekarzy i wiele służby drugorzędnej, jako pogotowie w razie rozszerzenia się moru; lekarzom, czynnym na miejscu, dostarczono obfitej ilości surowicy Yersina i Chawkina.

Śmiertelność jednak jest olbrzymia: w Anzobie, głównem siedlisku zarazy, na 357 mieszkańców zmarło do d. 19 października (st. styl.) 233 osób; nietrudno wobec tego przewidzieć, że dżuma tam wkrótce ustać musi.

* W celu uczczenia pamięci zmarłego na dżumę Dra Müllera odbyło się w jednej z sal uniwersytetu wiedeńskiego zgromadzenie, zarządzone przez lekarzy klinicznych, na które przybyli: matka zmarłego, rektor uniwersytetu i wszyscy profesorowie Wydziału lekarskiego. Dr. Poech wypowiedział dłuższą mowę, w której przedstawił działalność zmarłego w Bombayu, przebieg jego choroby i bohaterską śmierć.

* *Sprostowanie błędu:* W Nr. 46 *Przegl. Lek.* na str. 569, I-sza szpalta, wiersz 34 z góry, wzór na obliczenie ciałek czerw. w artykule Dra Jeża ma być, jak następuje: $\frac{a \cdot 4000 \cdot 100}{X}$.

Mianowania: Starszymi lekarzami w armii czynnej mianowani Drowie: Tadeusz Merunowicz, Alojzy Szatkowski i Józef Małaniuk. Dr. Edmund Majewicz mianowany asystentem przy katedrze weterynaryi w U. J. Dr. Adam Bednarski — asystentem profesora kliniki okulistycznej we Lwowie. Dr. Michał Łopaciński — sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nekrologia: W Charkowie umarł Dr. Michał Tomaszewski, lekarz miejski, w wieku 67 lat (Wracz).

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 45. Wspomnienia pośmiertne ku czci ś. p. Kondratowicza przez Drów: Pruszyńskiego, Puławskiego, Nussbauma, Zaborowskiego i Gajkiewicza. Dra Stróżewskiego K.: O leczeniu mechanicznem bezwładu połowiczego. Dra Borsukiewicza P.: Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą. W *Medycynie* Nr. 46: Dra Stan. Kleina: Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi. Dra Tumpowskiego A.: Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych, oraz ich udawania (symulacyi (c. d.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 11: Prof. Rydygiera: O hemoroidach. Dra Jerzykowskiego St.: Kazuistyczny przypadek do etyologii okrągłych wrzodów żołądkowych. Dra W. Haszkoveca: Porażenie wrzekomo opuszkowe.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej Nr. 46*: Dr. Ciąglińskiego A.: Kilka uwag o t. zw. neurozie traumatycznej i symulacyi. Pechkranza St.: Przypadek zapalenia opon mózgowych niegruźliczej natury z niezwykłym przebiegiem, oraz kilka uwag w kwestyi rozpoznawania różniczkowego gruźliczego zapalenia opon od zapalenia opon innego pochodzenia. W *Medycynie Nr. 47*: Zaborowskiego S.: Ś. p. Stanisław Kondratowicz (wspomnienie pośmiertne). Dr. Kleina St.: Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi (c. d.) Tumpowskiego A.: Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych, oraz ich udawania (symulacyi) (dok.). W *Gazecie Lekarskiej Nr. 47*: Wspomnienie pośmiertne o Dr. Witoldzie Narkiewiczu Jodko. Piotrowskiego Józefa: O leukemii i sprawach pokrewnych. Dra Ołtuszewskiego: O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryj zboczeń mowy.

Redakcya otrzymała:

— R. Dohrn: O postępowaniu lekarskiem w okresie łożyskowym. (Odczyty kliniczne, zeszyt 10). Warszawa, 1898

— Dr. Zanietowski Józef: O wpływie własności fizycznych krwi na szybkość krążenia. Kraków, 1898.

— Dr. Orłowski S.: Syfilis rdzenia. Warszawa, 1898.

— Prof. Cybulski N.: Einige Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. H. Borrutau: »Zur Abwehr der Angriffe etc.« 1898.

— Grundzacha J.: O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią. Warszawa, 1898.

— Dr. Misiewicz: Niemoc i rzeżączka — studyum anatomiczno kliniczne Warszawa, 1898.

— Dr. Fürst: Z życia kobiety. Warszawa, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.